



eBirth

Formulaire Vierge
Medical Form

V2.0

Notification de naissance - Identité des parents

Données de la mère

Numéro de Registre national ? - -

Nom ? Prénom ?

Rue ?

Commune ? Code postal ?

Pays ? ▼

Nationalité ? ▼

Date de naissance ? / / inconnu
(jj/mm/aaaa)

Lieu de naissance ?

Données du père

Numéro de Registre national ? - -

Nom ? Prénom ?

Adresse du père identique à celle de la mère

Rue ?

Commune ? Code postal ?

Pays ? ▼

Nationalité ? ▼

Date de naissance ? / / inconnu
(jj/mm/aaaa)

Lieu de naissance ?

Notification - Naissance

Lieu de naissance

La naissance a eu lieu à l'institution hospitalière

Rue

Code postal Commune (57081 - 0)

Type Institution hospitalière Autre Maison privée

Constatation médicale de la naissance

Sexe Masculin Féminin Indéterminé

Date de naissance / / Heure de naissance :
(jj/mm/aaaa) (hh:mm)

Données de grossesse et de naissance

Enfant issu d'une grossesse multiple oui non

Si grossesse multiple

Nombre total de naissances, mort-nés inclus inconnu

Numéro d'ordre de l'enfant notifié

Structure par sexe Mêmes sexes
 Sexes différents

Nombre de mort-nés dans cette grossesse multiple

Signature pour la constatation médicale de la naissance d'un enfant né-vivant

Accord médical pour envoi

Informations pour l'Etat civil

Informations médicales - Naissances précédentes

Classification de l'accouchement ? 10 / /

Poids de la mère avant la grossesse ? kg inconnu
 Poids de la mère à l'entrée en salle d'accouchement ? kg inconnu
 Taille de la mère ? cm inconnu

Y a-t-il eu une (des) naissance(s) avant cette grossesse ? ? oui non

Si oui, Nombre total d'enfants nés vivants ?

Date de naissance du dernier enfant né vivant ? / / inconnu

La mère a-t-elle accouché entre-temps d'un enfant/foetus mort-né ? ? oui non

Y a-t-il eu une césarienne pour une précédente grossesse ? ? oui non

Informations médicales - Grossesse actuelle

Parité (cet accouchement inclus) ? inconnu

Conception de la grossesse ? ▼

Facteurs de risques médicaux

Hypertension (≥ 140 / ≥ 90 mm Hg) durant cette grossesse ? oui non inconnu

Diabète ? oui non inconnu

VIH ? ▼

Conception à la grossesse :

Spontanée
 Traitement hormonal
 FIV
 ICSI
 Pas demandé

VIH :

Positif
 Négatif
 Non testé
 Inconnu

Informations médicales - Accouchement

Durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement (en semaines achevées)	? <input type="text"/>
Certitude de cette durée	? <input type="radio"/> oui (certain) <input type="radio"/> non (estimation)
Présentation de l'enfant à la naissance	? <input type="text"/> ▼
Induction de l'accouchement	? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Analgésie péridurale et/ou rachianesthésie	? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Surveillance foetale pendant le travail	? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
CTG (cardio(toco)gramme)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
STAN	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
pH au scalp	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Auscultation intermittente	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Colonisation par le streptocoque du groupe B	? <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Non testé
Antibioprophylaxie intrapartale du streptocoque B	? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Episiotomie	? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Mode d'accouchement	? <input type="text"/> ▼
La mère envisage-t-elle l'allaitement de l'enfant?	? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Présentation de l'enfant à la naissance :

Sommet fléchi en occipito-antérieur
Autre présentation céphalique
Siège
Transverse
Inconnu

Mode d'accouchement :

Spontané en sommet
Ventouse
Forceps
Césarienne électorive
Césarienne non programmée
Siège par voie vaginale

Informations médicales - Etat à la naissance

Poids à la naissance	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/> inconnu
Indice d'Apgar	après 1 min	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> inconnu
	après 5 min	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> inconnu
Ventilation du nouveau-né (soins immédiats)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Si oui, précisez	<input type="text"/>		
Transfert vers un département néonatal	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Si oui,	<input type="radio"/> département-N* (petit n) <input type="radio"/> département-NIC (grand N)		
Malformations congénitales majeures (lors de la naissance) - Explications	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
<input type="checkbox"/> Anencéphalie	<input type="checkbox"/> Spina bifida		
<input type="checkbox"/> Hydrocéphalie	<input type="checkbox"/> Fente labiale / palatine		
<input type="checkbox"/> Imperforation anale	<input type="checkbox"/> Anomalie réductionnelle membres		
<input type="checkbox"/> Hernie diaphragmatique	<input type="checkbox"/> Omphalocèle		
<input type="checkbox"/> Gastroschisis	<input type="checkbox"/> Transposition des gros vaisseaux		
<input type="checkbox"/> Malformation adénomatoïde du poumon	<input type="checkbox"/> Atrésie intestin grêle		
<input type="checkbox"/> Agénésie rénale	<input type="checkbox"/> Craniosténose		
<input type="checkbox"/> Syndrome de Turner (Xo)	<input type="checkbox"/> Anomalie obstructive bassinet/uretère		
<input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot	<input type="checkbox"/> Atrésie de l'oesophage		
<input type="checkbox"/> Atrésie anale	<input type="checkbox"/> Syndrome transfuseur-transfusé (STT)		
<input type="checkbox"/> Dysplasie squelettique/nanisme	<input type="checkbox"/> Hydrops foetal		
<input type="checkbox"/> Dysplasie rénale poly/multikystique	<input type="checkbox"/> Communication interventriculaire (CIV)		
<input type="checkbox"/> Atrésie des voies biliaires	<input type="checkbox"/> Hypospade		
<input type="checkbox"/> Hygroma kystique	<input type="checkbox"/> Trisomie 21		
<input type="checkbox"/> Trisomie 18	<input type="checkbox"/> Trisomie 13		

Ventilation du nouveau né (Si oui) :

Ventilation ballon et masque
Intubation